UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 19

LES LÉSIONS DU COL
RESTANT APRÈS
HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE
(CANCER EXCEPTÉ)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Novembre 1934

PAR

Pierre de LAJUDIE

Élève du Service de Santé de la Marine
Né le 7 juin 1910, à Brest (Finistère)

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*
DUVERGEY, professeur ..... } *Juges*
JEANNENEY, professeur ..... } *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 19

LES LÉSIONS DU COL
RESTANT APRÈS
HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE
(CANCER EXCEPTÉ)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Novembre 1934

PAR

Pierre de LAJUDIE

Élève du Service de Santé de la Marine
Né le 7 juin 1910, à Brest (Finistère)

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*
DUVERGEY, professeur .... .. } *Juges*
JEANNENEY, professeur ..... } *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHO

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Chimie	CHELLE,	Clinique dentaire	CAVALIE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN		
Clinique ophtalmologique	TEULIERES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERME
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Ophtalmologie	CABANNES (en con
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	VITTE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. M

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thès qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'e n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MÈRE

In Memoriam.

A MON PERE

A MES GRAND-PARENTS

A MA SŒUR — A MON BEAU-FRERE

À MES AMIS :

LE DOCTEUR F. PANTALACCI

LE DOCTEUR G. IMBERT, MÉDECIN DE LA MARINE

LE DOCTEUR M. ORSINI

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE LA SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur Le Médecin en Chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Avec nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

AVANT-PROPOS

Notre but, en commençant ce travail, était d'étudier les cas de métrites du col restant, notamment les métrites aiguës, en insistant sur les lésions vénériennes du moignon. Au cours de nos recherches, nous avons trouvé dans la littérature plusieurs observations d'autres affections du col restant, des tumeurs bénignes notamment, et il nous a semblé intéressant d'élargir notre sujet en réunissant dans une revue d'ensemble toutes les lésions non cancéreuses du moignon.

Ces accidents ayant été traités avec toute la conscience désirable par Montillier, dans son excellente thèse de Bordeaux en 1922, nous avons pris tout naturellement cette date comme point de départ de nos recherches.

Le plan que nous nous sommes proposé est le suivant : nous ferons d'abord l'étude anatomo-clinique des lésions, nous consacrerons ensuite un court chapitre aux résultats de l'expérimentation, et enfin nous verrons quel traitement, préventif ou curatif, doit être appliqué, pour guérir ces lésions ou mieux, les empêcher de se produire.

Nous verrons qu'elles sont fréquentes et bénignes. Le cancer est de beaucoup la plus grave des affections du moignon cervical, et c'est pourquoi tant d'auteurs se sont attaché à l'étudier et à en publier des cas, alors que les lésions bénignes du col semblaient n'intéresser personne. Il a fallu arriver en 1932 pour voir un chercheur, J. Dor, consacrer une place au diagnostic différentiel du cancer d'avec les autres affections du moignon, mais aucune communication ne fut faite, qui traitât uniquement de celles-ci. C'est pourquoi nous en étudierons la diversité, et nous insisterons particulièrement sur les divers traitements qui peuvent leur être appliqués.

PREMIERE PARTIE

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DES LESIONS

CHAPITRE PREMIER

LES METRITES DU COL RESTANT

A. *Leucorrhée post-opératoire.* — Il nous faut d'abord dire deux mots de la leucorrhée post-opératoire, sur laquelle Montillier a beaucoup insisté. Elle n'est pas grave en elle-même, mais elle est très tenace. La sécrétion se distingue de celle d'une métrite gonococcique en ce qu'elle n'est pas malodorante et n'empèse pas le linge : elle devient de plus en plus fluide à mesure que l'on se rapproche de la guérison. Le col n'est ni douloureux, ni rouge, ni tuméfié. « Cette leucorrhée est le résultat de la modification des glandes cervicales qui, avant de disparaître, produisent une hypersécrétion probablement favorisée par le traumatisme opératoire. » Son traitement est généralement simple, et quelques injections alcalines chaudes ou des cautérisations du col en viennent facilement à bout. Parfois cependant, il faut pratiquer l'ablation du moignon.

B. *Métrites aiguës.* — Autrement importante est l'étude des métrites du col restant, qui sont si fréquentes et si variées dans leurs manifestations et leur évolution. Que de femmes, quelques mois ou plusieurs années après leur hystérectomie, reviennent à la consultation, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre et de pertes blanches, jaunes ou verdâtres !

Celles-ci empèsent le linge, se produisent en général par décharges intermittentes, et occasionnent au niveau des cuisses de douloureux érythèmes. En présence de ces signes, l'on n'hésite pas à poser le diagnostic de métrite aiguë, mais encore faut-il en rechercher les causes et s'efforcer de les faire préciser par la malade.

Bien souvent la cervicite a suivi de si près l'hystérectomie qu'il est logique de penser qu'elle existait déjà au moment de l'opération : il n'est pas rare en effet que le col respecté par le chirurgien soit cependant déjà touché par le processus métritique. Il est légèrement enflammé, sa muqueuse est un peu hypertrophiée, mais ces lésions sont si discrètes que le praticien croit pouvoir les négliger et tenter de faire bénéficier sa malade des précieux avantages de la subtotale sur une intervention plus mutilante. Malheureusement l'évolution de la lésion locale poursuit dans bien des cas sa marche progressive, à laquelle de plus l'opération a donné un coup de fouet, et bientôt, il faudra soigner cette cervicite qui, pouvant être peu grave en elle-même, fait néanmoins de la malade une véritable demi-infirme.

Cette explication n'est valable que si l'hystérectomie subtotale a été pratiquée pour guérir une métrite ou une métroannexite, ou encore un polype muqueux qui est toujours accompagné de lésions endométritiques. Pour ces cas, il est facile d'imaginer que le processus s'est étendu du corps utérin au col. Mais si, par exemple, la subtotale a été faite pour enlever, ce qui est la majorité des cas, un utérus fibromateux, sans lésion de métrite, il faut bien admettre que le col était indemne au moment de l'opération, et que la contamination s'est faite ultérieurement. C'est ici que nous voulons attirer l'attention sur le cas suivant, que nous n'avons trouvé signalé nulle part et qui cependant nous semble assez fréquent. Dans bien des cas, on fera avouer à la malade que le responsable de sa cervicite est son mari qui, tandis qu'elle était à l'hôpital, n'a pu supporter longtemps sa solitude et a trouvé auprès d'une compagne de rencontre les consolations

qui lui manquaient, en même temps que la punition de sa faute ; la blennorragie qu'il a ainsi contractée, il va la transmettre à sa femme, l'obligeant à se mettre de nouveau entre les mains du chirurgien. Dans le service de M. le Professeur Guyot, nous avons relevé plusieurs cas semblables; la littérature de ves vingt dernières années étant muette sur cette complication, celle-ci doit être assez rare, mais elle nous a paru intéressante par son aspect social plutôt que par cette relative rareté. Nous avons résumé, à la fin de ce chapitre, quelques observations qui se rapportent à ces cas de métrite aiguë du moignon cervical.

C. *Métrites chroniques.* — Voici maintenant quelques exemples de localisation sur le col restant de cette maladie longue, anémiante, récidivante, qu'est la métrite chronique hémorragique. Trois observations retiennent notre attention et il nous paraît intéressant de les réunir ici. La première est communiquée par Riotte à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, en 1924; nous croyons utile de la reproduire *in extenso* :

« Au mois de mai 1923, un médecin des environs nous adresse une femme de 46 ans ayant subi en 1921 l'ablation subtotale de l'utérus avec conservation des annexes gauches, pour un fibromyome de l'angle utérin gauche, du volume d'une grosse orange, et montrant à présent, depuis quatre semaines, un suintement continu par le vagin; elle aurait probablement diminué de poids. Nous trouvons au toucher vaginal un gros moignon cervical absolument mobile, dont l'orifice externe laisse pénétrer le doigt dans le canal cervical qui est rempli de gros bourgeons mous et saignant après l'examen. Le spéculum montre une érosion légèrement bourgeonnante, occupant le pourtour de l'orifice extérieur, et, dans l'orifice même, des masses bourgeonnantes importantes. Nous songeons naturellement à une dégénérescence maligne du col. Mais la biopsie d'un fragment de museau de tanche et de bourgeons intra-cervicaux râclés à la cuiller tranchante nous montre qu'il s'agit de lésions banales, sans

aucun soupçon de malignité. Nous nous bornons donc à traiter ce col par quelques cautérisations au nitrate d'argent, et nous renvoyons la femme à son médecin, en le priant toutefois de nous la renvoyer de temps en temps pour examen de contrôle. Elle ne nous revient cependant qu'au mois de février de cette année (1924), nous disant qu'au début tout allait bien, mais qu'elle a recommencé à perdre du sang depuis quinze jours. A l'examen, on retrouve exactement le même état qu'au mois de mai, c'est-à-dire le canal cervical béant et rempli de gros bourgeons partant avant tout de la paroi antérieure; autour du moignon, pas l'ombre d'infiltration. Un nouveau grattage de bourgeons et une nouvelle biopsie montrent l'absence totale de toute malignité.

Au commencement du mois de juin, la femme nous revient; elle perd de nouveau de temps à autre du sang par le vagin Dans le canal cervical, les bourgeons de muqueuse ont de nouveau repoussé, le col est resté entièrement mobile; dans les paramètres, aucune infiltration. Vis-à-vis de cet état récidivant en de si courts intervalles, et malgré l'absence complète de toute malignité, nous décidons de faire l'ablation du moignon cervical. Celle-ci est pratiquée par voie vaginale; il est à noter que l'opération a été rendue assez sanglante par suite d'une vascularisation remarquable du moignon. L'hyperplasie bourgeonnante de la muqueuse endocervicale et les hémorragies répétées sont certainement à mettre sur le compte de cette vascularisation excessive du moignon. »

Cette longue relation nous montre bien quelles peuvent être les suites fâcheuses d'une subtotale. Des hémorragies pendant plus d'un an, deux séances de cautérisations, et enfin l'amputation du moignon, aggravant encore l'anémie de la malade, voilà le bilan, auquel il faut toujours penser.

En 1930, Pollosson publia dans le *Lyon chirurgical* une observation analogue de métrite proliférante, chez une femme de 49 ans. Trois semaines après l'hystérectomie se déclarèrent des pertes rouges abondantes; après curettage de la cavité cervicale, on plaça pendant 48 heures 120 milligrammes

de radium. Quelques mois plus tard, le même traitement fut encore appliqué, et la malade n'eut jamais de rechutes. Doit-on en déduire que, dans le premier cas, la radiumthérapie aurait réussi là où les cautérisations et le curettage échouèrent? Nous ne le pensons pas; en effet, là, les lésions étaient plus anciennes, le bourgeonnement plus intense, l'état général plus touché, et de simples cautérisations auraient peut-être eu raison des lésions discrètes et récentes de la seconde malade qui ne perdait du sang que depuis trois semaines, tandis que les hémorragies de la première remontaient à plus d'un an.

Guilleminet et Pollosson ont relaté, en un article très complet au *Lyon médical* toutes les difficultés qu'ils rencontrèrent au cours de l'extirpation par voie abdominale d'un moignon cervical, pour des accidents qui avaient fait croire à sa cancérisation secondaire. La malade était venue à la consultation parce qu'elle perdait du sang, et l'examen montra, comme dans les deux cas précités, de gros bourgeons végétants et saignants. Nous passons rapidement sur les détails de l'opération, très difficile, au cours de laquelle l'uretère et le rectum furent lésés. La blessure de l'uretère provoqua une infection ascendante des voies urinaires et deux mois plus tard, on dut procéder à une néphrectomie droite. Enfin, la malade guérit, et on eut de bonnes nouvelles de son état ultérieur. « L'examen histologique de la pièce montra une simple prolifération de la muqueuse glandulaire réalisant un état adénomateux analogue à celui que l'on observe dans certaines métrites chroniques. »

Cet exemple nous montre que, si les lésions du col restant sont parfois graves, leur traitement ne l'est pas moins. L'amputation du moignon est une opération toujours très délicate à laquelle on est cependant obligé de recourir souvent, car le traitement palliatif des lésions cervicales est insuffisant dans un quart des cas environ; on se trouve alors en présence d'une femme très affaiblie, il faut détacher les organes voisins de la cicatrice cervicale à laquelle les unissent de fortes adhé-

rences, le péritoine est en mauvais état et courra de grands risques dans ce milieu si septique. Nous retrouverons plus loin ces considérations parmi les arguments invoqués par les partisans de l'hystérectomie totale presque systématique.

OBSERVATIONS

I. — METRITES DU MOIGNON CERVICAL

Observation I

(Observ. inédite, Sservice de M. le Professeur Guyot.)

Mme B... A subi le 5 juillet 1932 une hystérectomie subtotale pour un pyosalpinx double. Elle revient le 17 octobre pour se faire examiner, car elle se plaint de pertes blanches. Diagnostic : métrite du col restant. Traitement médical.

Observation II

(Obs. inédite, service de M. le Professeur Guyot.)

Mme D... — Hystérectomie subtotale en avril 1928 pour annexite gauche. Elle revient le 19 décembre 1932, et l'on constate alors à l'examen que le col est légèrement enflammé et que le méat est un peu rouge. Diagnostic : il s'agit probablement d'un petit syndrome gonococcique. Traitement médical.

Observation III

(Observ. inédite, Service de M. le Professeur Guyot).

Mme B. — 27 ans, a subi une hystérectomie subtotale, avec ovariectomie et appendicectomie. Elle revient à la consultation le 30 janvier 1933, se plaignant de pertes fréquentes, tantôt jaunes ou verdâtres, tantôt sanguinolentes. Elle souffre du bas-ventre. Examen : on note un point douloureux très net dans la fosse iliaque gauche; le col est enflammé. Diagnostic : métrite du col restant. Traitement : cautérisations au Filhos.

Observation IV

(Observ. inédite, Service de M. le Professeur Guyot.)

Mme V..., 25 ans. A la suite d'une grossesse ectopique, on lui a fait une hystérectomie subtotale. Elle revient six mois après consulter pour des pertes blanches. L'examen montre un col bourgeonnant très enflammé. Diagnostic : métrite cervicale aiguë et vaginite,

d'origine gonococcique. Traitement : injections de permanganate trois fois par semaine.

Observation V

(*Observ. inédite, Service de M. le Professeur Guyot*).

Mme N..., 29 ans. Hystérectomie subtotale le 3 novembre 1933. La malade revient le 17 février 1934 parce qu'elle souffre. On constate, à l'examen, que la cicatrice opératoire est en bon état. Le col est un peu gros, mou : la mobilisation est possible, mais un peu douloureuse dans le sens transversal. Au spéculum, on voit un gros col légèrement enflammé et œdémateux. Diagnostic : métrite cervicale chronique. Traitement : cautérisation au Filhos.

Observation VI

(*Observ. inédite, Service de M. le Professeur Guyot.*)

Mme G... Hystérectomie subtotale le 23 janvier 1934 pour métrite hyperplasique. Elle revient le 3 mars parce qu'elle souffre depuis quelques jours. L'examen montre au niveau du col une légère réaction inflammatoire. Traitement médical.

Observation VII

(*Observ. inédite, Service de M. le Professeur Guyot.*)

Mme V... cuisinière, 42 ans. Hystérectomie subtotale le 30 décembre 1930 pour métroannexite. Elle revient le 2 avril 1934 pour des pertes blanches légèrement sanglantes qu'elle a depuis six mois. Examen : col gros, enflammé, peu mobile. Diagnostic : métrite cervicale chronique avec adhérences du côté droit. Traitement : diathermie, cautérisations au Filhos.

Observation VIII

(*Observ. inédite, service de M. le Professeur Guyot.*)

Mme A., 36 ans. — Hystérectomie subtotale en 1925 à l'hôpital du Tondu par le professeur Princeteau.

La malade revient le 2 juillet 1934, se plaignant de pertes purulentes. L'examen est fait par M. le Professeur Guyot, qui diagnostique une métrite chronique du moignon cervical. Traitement : cautérisations au Filhos.

Observation IX

(*Observ. inédite, service de M. le Professeur Guyot.*)

Mme B..., 30 ans. — Métrite du col restant.

II. LESIONS NON-METRITIQUES

Observation X

(*Observ. inédite, Service de M. le Professeur Guyot.*)

Mme B..., opérée d'hystérectomie subtotale le 16 février 1932, revient le 21 novembre, pour des douleurs pelviennes. A l'examen, on réveille une douleur vive dans le cul-de-sac droit. Le spéculum montre en cet endroit un petit nodule fibreux, séquelle de l'hystérectomie.

Observation XI

(*Inedite, Service de M. le Professeur Guyot.*)

Mme B... — Hystérectomie subtotale pour fibrome en juin 1932. Elle revient le 21 novembre 1932, se plaignant d'adénite inguinale. Le 13 mars 1933, elle revient à la consultation et l'on découvre alors un petit polype du col.

CHAPITRE II

LES TUMEURS BENIGNES DU MOIGNON CERVICAL

Avant 1921, il semble qu'aucun auteur ne se soit trouvé en présence de fibromes localisés sur un col restant, ou du moins aucun ne crut intéressant de les signaler. Depuis cependant, bien des chirurgiens en ont rapporté des cas. Les fibromes sont les plus nombreuses des tumeurs bénignes du moignon, mais ils ne sont pas les seules ; nous verrons en effet une observation américaine de kyste muqueux du moignon.

La récidive de fibromes sur un col restant après l'ablation du corps utérin fibromateux ne paraît pas très rare, mais les diverses statistiques sont loin de concorder, et ne peuvent servir à conclure, même approximativement. En effet, si les Américains Samuels et Edlavitch, Phaneuf et Belson, Davis et Cusick ne notent dans leurs statistiques de résultats éloignés de subtotale aucune récidive de fibromes, il n'en est pas de même de Giles, qui signale leur reproduction dans neuf cas pour quatre-vingt-huit opérées, soit une proportion de plus de 10%. Ce chiffre nous semble exagéré, mais il est certain que la récidive de fibromes n'est pas exceptionnelle, et il ne faudrait pas en dédaigner le risque. Le plus souvent d'ailleurs, on avait trouvé sur la pièce opératoire d'hystérectomie plusieurs fibromes disséminés et l'on peut penser que déjà alors cet état fibromateux avait atteint le col sans qu'il en parût pour cela affecté. En pareil cas, le chirurgien hésite à compléter l'opération, d'autant que l'état de sa malade le force souvent à réduire au minimum la gravité et la durée de la thérapeutique radicale, et il accepte le risque d'une extirpation secon-

daire du moignon. Plusieurs années après, trois ans pour un des cas (Reder), sept ans pour un autre (Giles), l'opérée revient ; elle se plaint de sentir une masse qui s'est développée peu à peu, dont le volume l'inquiète, et qui, comprimant ou tiraillant les organes du petit bassin, provoque de la constipation, un peu d'intolérance vésicale, des douleurs. L'examen montre une tumeur régulière, généralement assez grosse, dont la biopsie certifie la bénignité. L'ablation du col est inutile dans la plupart des cas, la tumeur étant facilement extirpable.

Francis Reder, dans un article à l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, s'étend d'abord sur la source de dangers qu'est un moignon cervical ; il préfère, en règle générale, pratiquer l'hystérectomie totale, malgré sa plus grande difficulté. Il cite d'abord deux cas de cancer, puis une observation de tumeur bénigne du col restant chez une malade de 36 ans. Trois ans après une hystérectomie supravaginale pour fibrome, elle revient à la consultation : l'examen qui fut fait montra l'existence d'un myome cervical inséré sur la lèvre postérieure, et ayant la grosseur d'une bille de billard. La tumeur fut extirpée et la malade guérit.

En 1923, Arthur E. Giles communiqua à la *Société Royale de Médecine de Londres* l'observation suivante :

« En octobre 1915, je vis une malade âgée de 39 ans qui m'était envoyée par son médecin. On savait que pendant quatre ans elle avait souffert d'un fibrome, et plus tard d'hémorragies allant en augmentant, les règles étant à la fois plus fréquentes et plus abondantes.

A l'examen, on trouva un groupe important de fibromes, montant du bassin jusque dans l'abdomen. On décida d'opérer, et, trois semaines plus tard, on fit une hystérectomie subtotale.

Un an plus tard, l'état général était bon, mais elle se plaignait d'une douleur sacrée. Une tumeur de la taille d'une bille de billard fut trouvée à gauche, et on diagnostiqua un kyste de l'ovaire.

En octobre 1917, mêmes signes à la palpation; comme ils étaient discrets, je ne fus pas d'avis d'opérer. Vinrent cinq années de bonne santé, et la malade put mener une vie active et utile.

En août 1922, son médecin me l'envoie de nouveau; elle ressentait une douleur abdominale, et l'examen montra en arrière du pubis une tumeur dure remplissant le bassin et remontant dans l'abdomen. On hésite à poser le diagnostic de fibrome, vu sa rareté sur le moignon cervical. On opéra. La tumeur fut vite découverte sous des adhérences; grosse et réniforme, elle se fixait au sommet du moignon par ce que l'on aurait pu nommer son hile. On fit l'ablation de la tumeur. Pendant la convalescence, une collection de sang infecté dans le Douglas retarda la guérison; le liquide fut évacué. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un fibromyome ».

Notons au passage que Giles semble en contradiction avec lui-même. En effet, tandis qu'en 1921 il estimait que les fibromes se développaient souvent sur le moignon cervical (dans 10% des cas), ici il hésite à porter ce diagnostic, « vu, dit-il, sa rareté sur le col restant ».

Nous avons relevé les noms de E. Vila et Etcheverry qui, en 1928, communiquèrent une observation de fibrome post-opératoire, mais, malgré notre meilleure volonté, nous n'avons pu nous procurer le journal espagnol qui la publia.

Michon, dans sa thèse de Lyon en 1923 sur les polypes muqueux de l'utérus, ne cite aucun cas de développement d'une de ces tumeurs sur le col restant. Cependant, dans le service de M. le Professeur Guyot, nous avons relevé une observation de polype du col restant chez une femme opérée pour fibrome, en juin 1932, et qui revenait à la consultation en novembre de la même année, se plaignant d'adénite inguinale. Le 13 mars 1933, elle revient encore, et on trouve alors qu'un petit polype s'est développé sur le moignon d'hystérectomie.

Voici maintenant une curieuse observation de kyste mu-

queux du col développé 14 ans après hystérectomie, publiée par Frederick A. Cleland (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Chicago).

« Mme J., 48 ans, fut opérée il y a 14 ans pour un léiomyome utérin; hystérectomie supravaginale avec ablation des trompes et des ovaires.

Jusqu'au printemps 1924, aucun symptôme insolite, mais à ce moment elle se plaignit de lourdeur dans le bassin, d'envies fréquentes d'uriner, et de constipation. L'examen montra l'existence d'une grosse tumeur kystique remplissant le bassin. Elle était de la taille d'une tête de fœtus à terme, et fixée. La malade ne sut dire si on lui avait enlevé les ovaires lors de la précédente intervention; comme le chirurgien qui l'avait opérée était mort entre temps, on ne put obtenir aucun renseignement.

Le 5 juin 1924, opération. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve la tumeur complètement entourée de péritoine, et fixée au bassin; les ligaments ronds s'inséraient sur elle. Incision du péritoine sur la tumeur, section des ligaments ronds, isolement de la vessie en avant, et, après de grandes difficultés la tumeur fut énucléée de son enveloppe péritonéale. On vit alors qu'elle était reliée au vagin. Celui-ci fut sectionné transversalement et on enleva la tumeur. On sutura les volets vaginaux sur la ligne médiane; on inséra les ligaments ronds sur le moignon péritonisé, et on referma enfin l'abdomen. Ovaires, trompes et corps utérin avaient été enlevés lors de la première intervention. Suites opératoires normales.

L'examen de la pièce opératoire montre une tumeur kystique, rouge grisâtre et piriforme, de quatre pouces et demi de long sur trois pouces trois quarts dans la plus grande largeur. La portion vaginale du col en forme la base convexe lisse et blanche, et mesure trois pouces et demi de diamètre. A la surface courent de petits vaisseaux sanguins; en plusieurs points, des bosselures blanches, qui sont des œufs de Naboth. Pas d'orifice extérieur visible, mais un pli central. La tumeur s'effile en une pointe de tissu épaissi sur laquelle

avaient été insérés, lors de la première opération, les ligaments ronds et infundibulo-pelviens. La ponction évacua 300 cc. de liquide clair, muco-gélatineux, neutre au tournesol, de densité 1,006. Pour monter la pièce, on la remplit de coton.

Examen microscopique. La section des parois du kyste montre des lames de tissu fibreux et musculaire, dont la structure indique une atrophie considérable, qui a épargné cependant les vaisseaux sanguins primitifs, épais et musculeux, qui semblent volumineux par rapport à la paroi kystique.

Au milieu de ce stroma, un lac de réaction inflammatoire. A la surface intérieure du kyste, une limitante interne d'épithélium aminci, à une seule rangée de cellules, tandis que la surface externe est recouverte d'une membrane épithéliale desquamée de plusieurs rangées d'épaisseur. On n'a pas reconnu de tissu glandulaire au milieu de la couche épithéliale interne. »

L'auteur nomma cette tumeur : dégénérescence kystique du moignon cervical. Oskar Klotz, professeur de pathologie à Toronto, proposa de l'étiqueter mucocèle du col. Cleland ajoute qu'il n'a trouvé dans la littérature aucun cas analogue.

Si nous citons *in extenso* cette longue observation, c'est plutôt pour la valeur de l'examen histologique de la lésion que pour la rareté de celle-ci. En effet, nous verrons plus tard, en étudiant les lésions expérimentales du moignon cervical, que Burckhard a obtenu chez la lapine une tumeur qui présente avec le mucocèle de grandes analogies; c'est alors que, rapprochant les données cliniques des résultats expérimentaux, nous tenterons d'établir la genèse possible de cette curieuse lésion.

CHAPITRE III

ETATS PATHOLOGIQUES

ATTRIBUABLES A L'INTERVENTION

Nous allons grouper sous ce titre deux courtes, mais intéressantes observations. Les lésions qu'elles décrivent ne peuvent être mises sur le compte d'un processus métritique ou fibromateux, et il semble bien qu'on doive incriminer pour les expliquer, soit l'hystérectomie subtotale elle-même, soit certaines manœuvres, telles que le grillage ou l'évidement. L'opération a-t-elle été mal conduite, a-t-on eu la main un peu lourde pour manier le thermocautère ou le Filhos ? Peut-être, mais il est bien possible aussi qu'une certaine fragilité anormale du col ait encore accru les dommages par une réaction un peu trop vive à ces modes de traitement qui, inoffensifs dans l'immense majorité des cas s'ils sont appliqués selon les règles, ont ici dépassé leur but et ont transformé le moignon, soit en un bloc fibreux, soit au contraire en un canal ouvert à ses deux extrémités.

Le premier cas est celui d'un moignon cervical douloureux, rapporté par M. le Professeur Duvergey, de Bordeaux, à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, et résumé dans la thèse de Montillier. Il mérite d'être reproduit *in extenso*.

« Je tiens à rapporter ici l'observation curieuse et tout à fait rare d'une malade opérée d'hystérectomie abdominale subtotale et qui, consécutivement, souffrit de son moignon cervical au point de demander à en être débarrassée.

Mme ..., âgée de 32 ans, atteinte depuis plusieurs années de métro-annexite, subit en juin 1920, à la clinique gynéco-

logique du Tondu, à Bordeaux, l'hystérectomie abdominale subtotale (M. le Professeur Guyot). Suites opératoires normales.

Depuis cette époque, elle a présenté des pertes blanches et des douleurs constantes dans le bas-ventre sur la ligne médiane et du côté droit. Elle est obligée de s'aliter plusieurs jours de temps à autre. Elle éprouve une sensation de pesanteur, de lourdeur, ou bien des élancements, des tiraillements, quelquefois des irradiations douloureuses dans le côté droit des lombes et jusque dans le membre inférieur droit. En juillet 1921 notamment, les douleurs abdominales ont été plus accusées et l'ont obligée à rester au lit.

Elle se décide à entrer à l'hôpital du Tondu, où je suis appelé à l'examiner. Rien à la palpation. Rien du côté des reins, du foie, ni de l'appareil digestif. La malade se plaint d'avoir quelque leucorrhée. Au toucher, col très dur, scléreux, douloureux à la mobilisation. Au toucher rectal, col de dureté ligneuse avec un prolongement très dur du côté droit, dense. (Il s'agit d'une femme ayant été quelques années plus tôt victime d'un accident grave au cours duquel elle fut littéralement scalpée, ayant eu un arrachement étendu du cuir chevelu. Elle présentait depuis, avec une vaste cicatrice, un état d'irritabilité nerveuse très marquée).

Je propose à cette femme l'ablation du col. Le 3 septembre 1921, sous anesthésie à l'éther, laparotomie; j'arrive sur le col que j'enlève avec le prolongement dur senti dans la base du ligament large droit. Sutures du vagin. Suites opératoires normales. La malade, aussitôt après l'opération, se dit soulagée. Elle quitte l'hôpital le 28 septembre, guérie.

La pièce examiné montre un col très dense; à la coupe macroscopique, partie très dure, véritables nodules fibreux englobant la région du pédicule vasculaire.

M. le Professeur Sabrazès a examiné cette pièce et a trouvé du tissu cicatriciel très dense, serré, englobant quelques filets nerveux.

Cette observation est intéressante. Je craignais que quelque corps étranger n'expliquât les douleurs ressenties. Ces nodules

fibreux, véritables cicatrices, peuvent être dûs à un processus cicatriciel intense, ou à un reliquat inflammatoire parti de la muqueuse cervicale. Quoi qu'il en soit, ces nodules englobaient quelques filets nerveux. Il s'agit donc d'un moignon douloureux, se rattachant comme pathogénie à l'histoire du moignon douloureux d'amputation.

A noter aussi le nervosisme de la malade, amplifiant les troubles ressentis, comme cela s'observe dans les tubercules douloureux sous-cutanés, les polypes du méat uréthral féminin. »

M. le Professeur Duvergey, pensa qu'il y aurait peut-être lieu de modifier la technique habituelle, et de faire une dénudation des vaisseaux au lieu d'une prise en bloc.

M. le Professeur Bégouin répondit que les faits de moignon douloureux sont si rares qu'il n'est pas nécessaire de modifier le mode de pincement du pédicule utérin. Dans le cas précité, il est vraisemblable que la métrite du col a été le point de départ d'une infection dont cette cicatrice fibreuse est une manifestation.

M. le Professeur Guyot, dans sa pratique remontant à trente ans, n'a observé que cette malade chez laquelle des douleurs tenaces aient nécessité l'amputation secondaire du col; il s'agit, vu le nombre d'hystérectomies pratiquées, soit à l'hôpital, soit en clientèle, de faits tout à fait rares, où le terrain névropathique doit aussi jouer un rôle important.

Le second exemple est relaté par F. Gignoux et E. Pollosson (*Lyon Chirurgical*, 1925).

Une de leurs malades, âgée de 38 ans, est opérée le 11 octobre 1923 pour un fibrome. Le 6 décembre, elle revient, se plaignant d'une douleur sus-pubienne et de pertes rosées sans odeur. On lui fait de l'ignipuncture. Le 16, elle revient sans être aucunement améliorée. On l'examine sous anesthésie et on constate alors qu'une pince à forcipressure introduite par le vagin passe facilement dans la cavité abdominale. On intervient pour fermer cette communication anormale de l'abdomen avec l'extérieur, et on pratique l'ablation du col. La malade guérit.

Ainsi, pendant plus de deux mois, cette malade n'a pas eu d'autre accident qu'une douleur et quelques pertes, et cependant il n'est pas besoin de signaler les dangers qu'elle aurait pu courir; il paraît bien étonnant que son péritoine ait pu subir sans réagir davantage les multiples contaminations auxquelles il a pu être exposé. Avait-on insuffisamment fermé le col ou le péritoine, ou un point de suture a-t-il lâché? En tous cas, l'ignipuncture qui fut faite ne semble avoir, ni aggravé, ni amélioré l'état de cette malade. C'est encore un exemple de complication bien imprévisible de la subtotale, et on ne saurait vraiment en tirer argument en faveur de l'hystérectomie totale systématique, mais on ne peut non plus nier, ni même diminuer le rôle de l'intervention elle-même dans la production de la lésion.

C'est par l'exposé de ces deux intéressantes observations que nous terminons cette étude des diverses lésions du col restant au triple point de vue de leur variété, de leur structure histologique et de leur symptomatologie.

Quant à leur pathogénie, nous pouvons la résumer en disant que les métrites chroniques et les fibromes avaient déjà effleuré le col quand l'hystérectomie fut faite, peut-être un peu tardivement; il semble donc impropre de parler ici de récidives, puisqu'il s'agit simplement de l'extension naturelle de la maladie, ou tout au plus de son réveil sous le coup de fouet de l'intervention.

Pour les métrites aiguës, on peut dire au contraire qu'elles sont le fait plus souvent d'une réinfection que de l'envahissement du col par la lésion du corps; en règle générale en effet la cervicite se guérit vite si l'hystérectomie enlève assez tôt le foyer infectieux, de même que l'ablation d'un rein tuberculeux a pour conséquence la guérison spontanée de la cystite dont il était cause.

Le traitement préventif ou curatif des lésions du moignon cervical étant très important, nous avons jugé utile d'en faire un chapitre spécial; nous n'en parlerons donc pas pour l'instant.

DEUXIEME PARTIE

RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION

Il semble qu'en France aucun chercheur n'ait tenté de réaliser sur des animaux des lésions du col restant. En Amérique, Merillat, en 1930, publia les résultats de ses recherches sur le moignon cervical chez les chiennes hystérectomisées (*Journal vétérinaire de l'Amérique du Nord*), mais il nous a été impossible de nous procurer cet article.

Nous nous trouvons ainsi en présence d'un seul expérimentateur, l'Allemand G. Burckhard, ce qui est évidemment bien insuffisant pour permettre de dégager des conclusions nettes ou au moins émettre quelques suppositions touchant l'origine probable de certaines lésions.

Burckhard a étudié l'évolution du moignon cervical chez la lapine; voici le résumé des résultats qu'il a obtenus.

Sur la moitié des animaux opérés, le moignon est remplacé, au bout de plusieurs mois, par une tumeur kystique dont la cavité, comparée à celle d'un utérus normal, est « colossalement » dilatée; ses dimensions varient de celles d'un crayon à celles du petit doigt. Les parois, considérablement amincies, de ces kystes, étaient formées d'une étroite couche musculaire et de la muqueuse, mais celle-ci était modifiée : son épithélium, de cylindrique cilié, était devenu pavimenteux et avait perdu ses cils. Par places, quelques îlots cellulaires pouvaient représenter les restes des glandes utérines, par ailleurs totalement disparues. Il est assez difficile de concevoir l'origine d'une telle transformation kystique. La ligature faite du côté de l'amputation explique bien l'oblitération de l'extrémité

supérieure du moignon, mais, du côté de l'extrémité vaginale, l'auteur ne trouva pas trace de processus oblitérant. Quant au liquide de ces kystes, il tirait probablement son origine des glandes, au temps où elles fonctionnaient encore, car on peut difficilement admettre que l'opération ait amené une stase vasculaire telle qu'elle ait amené une transsudation séreuse. En tous cas, il a fallu que cette sécrétion fût très abondante pour amener la dilatation d'un organe aussi musclé que l'utérus.

Quelles conclusions peut-on tirer de la lecture de ces résultats ?

Tout d'abord, si on les rapproche de la description de la tumeur signalée par Cleland sous le nom de mucocèle, on constate qu'il existe entre eux de grandes analogies. Dans les deux cas en effet la lésion ne s'est constituée que lentement et ce n'est qu'au bout d'un temps assez long qu'elle a atteint son complet développement. Elle se présente alors sous la même forme de kyste volumineux, à parois lisses et amincies, dont la surface interne est tapissée d'une seule rangée de cellules circonscrivant une cavité close remplie d'un liquide analogue au produit de sécrétion des glandes cervicales, qui sont d'ailleurs absentes dans les deux cas.

Tous ces caractères communs nous autorisent à penser qu'il s'agit bien de la même lésion, mais il est curieux de constater qu'elle est très fréquente chez l'animal, puisque Burckhard l'a obtenue dans 50% des cas, tandis que chez la femme on ne trouve jusqu'ici qu'une seule observation de kyste muqueux.

Le liquide du kyste semble bien, comme le dit Burckhard, tirer son origine des glandes cervicales, au temps où elles fonctionnaient encore. En effet, si l'on veut bien se rappeler qu'après hystérectomie subtotale il est fréquent de voir se produire un écoulement leucorrhéique, on peut aisément penser que c'est bien le même liquide que Cleland a trouvé dans la pièce opératoire qu'il a décrite, et qui était clair et mucil agineux tout comme le liquide de leucorrhée post-

opératoire. Pour expliquer la formation du kyste, il faut bien admettre que les deux extrémités du canal intracervical étaient fermées; or, si Cleland n'a trouvé à la surface de son mucocèle aucun orifice, il n'en est pas de même de Burckhard, qui ne trouva pas trace de processus oblitérant du côté de l'extrémité vaginale du moignon. On peut supposer qu'un simple bouchon muqueux a suffi à obstruer cet orifice, transformant le canal cervical en cavité close que la sécrétion glandulaire a remplie peu à peu et distendue; il semble d'ailleurs que la pression de ce liquide n'ait pas été très grande, et les parois du kyste, amincies, ont dû se laisser aisément forcer; il n'est pas impossible qu'un bouchon muqueux ait été suffisant pour empêcher toute effusion de liquide.

Mais encore une fois, ce ne sont là qu'hypothèses; les causes réelles du processus nous échappent encore complètement, et, s'il est aisé d'émettre des suppositions, il le serait moins de tenter d'en prouver le bien-fondé.

TROISIEME PARTIE

LE TRAITEMENT DES LESIONS DU COL RESTANT

L'aphorisme : mieux vaut prévenir que guérir revêt un aspect particulier si on l'applique aux affections du moignon cervical. En effet, si vraiment le col restant est une source de maladies, si les lésions dont il peut être le siège sont graves, récidivantes, difficiles à traiter, si enfin les statistiques montrent que dans un grand nombre de cas il a fallu pratiquer l'extirpation secondaire du moignon, il n'y a aucune raison de laisser dans l'organisme une telle source de maux. Nous entrons ainsi de plain-pied dans la discussion déjà ancienne qui oppose partisans de la totale et champions de la subtotale. Nous nous interdisons d'y prendre part, nous sortirions des limites de notre sujet, néanmoins il nous faut bien en dire quelques mots, quitte ensuite à nous retrancher derrière notre inexpérience pour nous abstenir de prendre position dans ce débat.

Il est évident que le chirurgien qui trouve un col utérin déjà touché par le processus métritique ou fibromateux ne cherchera pas à respecter cet organe qu'il lui faudrait bientôt enlever; il fera d'emblée une totale, si l'état de la malade le lui permet. Mais la question se complique dans les cas limites; si les lésions sont très discrètes, si l'on peut penser que le processus qui a déjà touché le moignon régressera quand aura été enlevé le foyer du mal, le corps utérin, le chirurgien préfèrera la subtotale, qui est plus facile, moins dangereuse et moins mutilante.

Il est peu de partisans de l'hystérectomie totale presque

systématique. L'un d'eux, l'Américain Fr. Reder, que nous avons déjà cité, préfère en général la totale, malgré sa plus grande difficulté, mais c'est principalement par crainte d'un cancer du moignon, dont il a vu plusieurs cas graves. Il préfère ne pas courir le risque d'une amputation secondaire, qui se fera peut-être dans de très mauvaises conditions sur un col infecté, plus fragile, adhérent par sa cicatrice aux organes voisins dont il sera difficile de le séparer, comme dans le cas rapporté par Guilleminet et Pollosson.

Mais, si l'on pratique la subtotale, il ne faut pas abandonner le moignon à son sort; il est nécessairs de le traiter énergiquement pour peu qu'il soit, même légèrement, enflammé, ce qui est dans la grande majorité des cas. Plusieurs procédés sont utilisés par les chirurgiens pour le désinfecter, en enlever les parties malades, et aider à sa cicatrisation. Le foyer d'infection étant le canal intracervical, c'est naturellement sur lui que vont porter leurs efforts, tendant à enlever le mieux possible la muqueuse ou au moins à la cautériser.

Vanderzypen a préconisé l'évidement systématique du col, avec un instrument qu'il a présenté en 1929 et qu'il a nommé cervicotome, dans tous les cas où le moignon pourrait ultérieurement être le siège de manifestations pathologiques, notamment dans les cas de métrite fibreuse à gros col, d'endométrite rebelle, dans les cervicites après hystérectomie subtotale ancienne, et enfin si l'on redoute une cancérisation secondaire du moignon. M. le Professeur Guyot pratique souvent cet évidement systématique, mais le cervicotome ne lui paraît pas indispensable, et il utilise en général un bistouri bien tranchant pour enlever un cône de tissu, le col étant attiré par une pince de Museux pour permettre une exérèse aussi large que possible des portions avoisinant le canal intracervical. La technique de l'évidement conoïde a été réglée par Pouey et Forgue. Il a de précieux avantages. Son exécution est facile, il permet d'enlever les lésions en totalité. De plus, l'absence de section bilatérale du col n'occasionne ni rétractions ni déformations du moignon.

Pour Cleuet, il est absolument capital de s'occuper du moignon cervical aussitôt après l'opération. Il estime que celle-ci laisse neuf fois sur dix un col plus ou moins infecté; celui-ci, dit-il, est trop souvent abandonné à lui-même, et nombre d'hystérectomisées gardent toute leur vie une métrite cervicale chronique qu'on ne traitera qu'insuffisamment par de petits moyens, tels qu'ovules, injections, etc... Il y a des érosions sur un col métritique; leurs cicatrisations successives séparées par des retours offensifs de la métrite créent les conditions les plus favorables pour l'éclosion du cancer; le col atteint d'érosions métritiques est dans un état précancéreux. Cleuet pratique l'évidement du moignon cervical par voie abdominale; il surveille ensuite le col sans y toucher pendant un mois, après quoi il cautérise au Néofilhos le museau de tanche et la cavité cervicale jusqu'à l'orifice interne.

En 1927, Desmarest communiqua (*Journal de Chirurgie*) la technique et les résultats de son procédé personnel « pour l'ablation systématique de toute la muqueuse du canal cervical par dédoublement du col dans les hystérectomies subtotales ».

Son but est d'enlever la muqueuse du canal jusqu'à l'orifice externe, tout en laissant assez de tissus pour maintenir intacte l'attache des ligaments utéro-sacrés, dont le rôle primordial dans la statique vaginale est bien connu. Desmarest trouve que son procédé est beaucoup plus radical que la thermo-cautérisation et que l'évidement conoïde. La thermo-cautérisation, pour lui comme pour M. le Professeur Bégouin (*Société de Chirurgie*, 1910), est une méthode inutile, nocive même dans bien des cas, car la chute de l'escarre produit trop souvent des écoulements purulents, et on voit parfois se déclarer cette grave complication qu'est la cellulite pelvienne. La majorité des auteurs est actuellement de cet avis, et l'on ne voit plus guère employer ce procédé inélégant, qui détruit trop ou trop peu et laisse bien souvent une cicatrice dure, douloureuse ou suintante.

Nous ne sommes plus de l'avis de Desmarest quand il trouve que l'évidement conoïde est un mauvais procédé et qu'il est insuffisant ; l'opinion de la majorité des auteurs sur les excellents résultats qu'il donne semble cependant prouver au contraire que ce procédé, facile à exécuter, permet d'enlever en presque totalité les lésions de la muqueuse cervicale et que le moignon ainsi traité pourra être très bien suturé ultérieurement. Desmarest trouve que l'évidement ne peut être efficace pour enlever les lésions, « son but, dit-il, étant plutôt d'amincir le col pour obtenir deux valves faciles à suturer que de détruire une muqueuse malade ». En théorie, cela est peut-être exact, mais il n'en reste pas moins que dans de nombreux cas la pratique a montré que le procédé de Pouey et Forgue donne d'excellents résultats pour guérir ou prévenir une cervicite, que le praticien emploie le cervicotome de Vanderzypen ou un simple bistouri.

L'article de Desmarest était paru depuis quelques jours à peine quand le *Journal de Chirurgie* publia quelques « remarques sur le procédé de dédoublement du col dans les hystérectomies subtotales décrit par Desmarest », signées de Lecène. Celui-ci, pour sa critique, se base sur quelques schémas dont Desmarest avait accompagné son article. Ces schémas montrent en effet en premier lieu que l'hystérectomie selon la manière de Desmarest est une subtotale très basse, ne laissant qu'un très petit moignon cervical, ce qui est bien différent de la subtotale habituelle. Lecène pense ensuite que l'évidement pratiqué est considérable, et qu'une exérèse de cette importance donnerait sûrement de temps à autre des hémorragies graves au niveau du moignon, surtout si ce dernier n'était pas suturé. L'asepsie étant forcément rendue plus imparfaite et des hémorragies graves étant possibles, Lecène ne voit aucune utilité à généraliser ce procédé, qui d'ailleurs ne présente pour lui aucun avantage au point de vue préventif d'un cancer (Lecène n'a en effet jamais vu d'épithélioma cylindrique du col restant). Il se défend d'ailleurs de trouver que le procédé ne doive donner que des

déboires; il croit possibles de bons résultats entre les mains de Desmarest, et, s'il critique son procédé, c'est principalement par crainte de voir de jeunes chirurgiens peu expérimentés employer cette technique qui pourrait leur fausser les idées et leur donner de graves ennuis.

Trois ans plus tard, L. Loute expose, dans le *Bruxelles Médical* sa manière de pratiquer l'excision systématique du canal intracervical dans les hystérectomies subtotales. C'est au fond le procédé de Desmarest, mais heureusement modifié, semble-t-il. Il s'en distingue par deux points principaux. En premier lieu, Loute fait une ligature très basse des utérines; il a ainsi traité 63 malades, et aucune nécrose du col n'est venue compliquer les suites opératoires. Ensuite, il met trois ou quatre points séparés sur le col, pour obtenir une fermeture plus hermétique, qui assure ainsi une meilleure hémostase. C'est la réponse à l'un des desiderata formulés par Lecène, dont Loute a trouvé fondée la crainte de graves hémorragies si le col n'est pas suturé.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes, si l'on excepte un léger suintement, qui disparaît d'ailleurs spontanément dans la majorité des cas. Les suites éloignées seraient remarquables; le col se referme bien, se réduit, et reste suffisamment fixe pour soutenir efficacement les cloisons recto et vésico-vaginales, surtout quand on emploie la méthode de péritonisation de Delvaux. Loute conclut : « L'ablation en une seule pièce de l'utérus et du canal endo-cervical, présente, dans les cas de fibromes ou de métrites avec cervicite, les avantages cliniques de la totale, sans en avoir la gravité ».

Si l'évidement du col est le procédé de choix pour traiter les métrites du col restant, il est bien des lésions qu'on ne peut guérir que par une opération plus mutilante, l'amputation du moignon. Nous avons déjà vu quelques cas dans lesquels on dut y recourir; nous rappellerons les observations de Gignoux et Pollosson, de Duvergey, de Riotte, etc.

D'autres fois, notamment pour les fibromes, la simple extirpation de la tumeur suffit à en débarrasser la malade,

sans crainte de récidive si nous en jugeons par les observations que nous avons eues sous les yeux.

Nous pensons que certaines opérations, qui avaient eu leur heure de succès, sont actuellement abandonnées, et qu'on ne fait plus guère de trachélorraphie ni d'amputation biconique selon le procédé de Simon-Marckwald, dont le principal inconvénient est de laisser persister intégralement la muqueuse du col,

Le traitement médical est souvent d'une très grande utilité pour les métrites du moignon, et il ne faudrait pas le dédaigner. Le repos, sinon absolu, du moins très surveillé, devra consister en plusieurs heures de lit ou de chaise longue par jour. On conseillera à la malade de faire par jour deux injections vaginales chaudes, à 40°-45°, avec une solution antiseptique faible, et on lui prescrira des ovules à l'ichtyol.

Enfin, nous n'avons pas à insister sur l'efficacité du caustique de Filhos qui avait été un peu abandonné, mais qui a retrouvé depuis plusieurs années sa vogue primitive. Appliqué selon les règles, il donne bien rarement des accidents, et permet souvent de guérir définitivement des cervicites rebelles à tout autre traitement conservateur. Nous avons vu d'ailleurs que certains auteurs, comme Cleuet, cautérisent systématiquement la cavité cervicale quelques semaines après avoir pratiqué l'évidement du moignon.

Nous empruntons à Guillemin les lignes qui vont suivre sur les indications et l'emploi du Filhos. On sait que les cautérisations intracervicales au caustique de Filhos doivent s'appliquer exclusivement aux métrites cervicales chroniques. Ce traitement est contre-indiqué pour toute métrite à l'état aigu ou subaigu, pour les métrites blénnorragiques, même en l'absence de gonocoque après des examens bactériologiques répétés; il est encore contre-indiqué si la malade se trouve seulement à quelques semaines ou à quelques mois du début des accidents aigus ou subaigus de métrite et de périmétrite gonococciques. Il faut exiger de la malade un repos suffisant (repos au lit les quatre premiers jours après chaque cautéri-

sation, repos à l'appartement dans les cinq jours qui suivent), surveiller la période de cicatrisation pendant trois mois environ, faire une dilatation de la cavité cervicale tous les dix ou quinze jours.

Pour les métrites chroniques du moignon, même pour des catarrhes très abondants, très anciens, rebelles à de nombreux traitements, une ou deux cautérisations suffisent, souvent une seule, si elle a été assez importante, portant sur les ulcérations du col, sur les lèvres tuméfiées, et dans la cavité cervicale.

Au contraire, pour les métrites chroniques blennorragiques invétérées, datant de plusieurs années, ou pour les formes mixtes strepto-gonococciques, à sécrétion muco-purulente, ou à catarrhe clair, glycérinique, même s'il n'existe pas d'ulcérations du col, en raison de la profondeur des lésions de la muqueuse endo-cervicale, celle-ci étant très épaissie, les glandes infectées étant beaucoup plus profondément infiltrées dans le col, le nombre de cautérisations nécessaires pour arriver à une disparition complète et définitive de la leucorrhée cervicale est toujours plus important; le plus souvent, il faut faire trois ou quatre cautérisations à huit à dix jours d'intervalle, cinq même dans quelques cas à col très gros, avec sécrétion extrêmement abondante.

Après le Filhos, il nous faut dire quelques mots d'un procédé assez efficace aussi pour traiter les métrites cervicales chroniques. Nous voulons parler de la diathermo-coagulation. Son principal avantage sur le Filhos est un contrôle beaucoup plus facile de son action, celle-ci cessant avec l'ouverture du circuit, mais l'outillage nécessaire est forcément beaucoup plus compliqué. La diathermo-coagulation semble intéressante surtout si l'on traite une femme qui a encore utérus et annexes, car ce procédé, à l'inverse du Filhos, ne donne aucune réaction annexielle et ne communique au col pas le moindre aspect cicatriciel, mais sur un col restant ces avantages n'existent plus, et il semble bien qu'on doive préférer dans la plupart

des cas le Filhos, plus énergique et d'emploi plus simple, pour traiter les métrites cervicales chroniques.

Voici ainsi terminé cet important chapitre du traitement des lésions du col restant ; ces lésions sont si variées que les moyens thérapeutiques qui s'y appliquent sont difficiles à classer.

Il aurait fallu parler aussi de la radiumthérapie, mais nous n'avons trouvé qu'une observation de guérison d'une métrite proliférante par le radium (Pollosson), ce qui est bien insuffisant pour conclure en faveur de ce traitement. D'autre part, il nous semble inutile de recourir à ce moyen parfois dangereux et toujours onéreux, alors que nous venons de voir combien étendue est la gamme des procédés chirurgicaux et médicaux qui sont à notre disposition pour soigner efficacement les diverses lésions du col restant. Pour les affections cancéreuses, nous ne mésestimons pas la valeur du traitement radiumthérapique, mais ceci n'est déjà plus dans les limites de notre sujet.

CONCLUSIONS

Si nous résumons cette étude, nous voyons que : I. Le cancer, s'il est la lésion la plus grave du col restant, est loin d'en être la seule.

II. Les affections non néoplasiques du moignon sont nombreuses ; leur chapitre est tout entier dominé par le groupe des métrites cervicales, aiguës ou chroniques ; viennent ensuite les tumeurs bénignes (fibromes, kystes), et enfin quelques altérations de la structure du col, attribuables à certaines interventions (grillage, évidement).

III. Le pronostic de ces lésions est toujours bénin ; elles ne mettent jamais la vie de la malade en danger, mais les douleurs qu'elles causent, les hémorragies ou les pertes purulentes qui les accompagnent font de la malade une demi-infirme inapte à toute vie sociale et incapable de travailler ; ainsi se trouvera justifié un traitement énergique s'attaquant à la lésion même.

IV. Ce traitement varie selon l'affection.

a) Les métrites aiguës seront souvent guéries par un simple traitement médical (repos, ovules, injections).

b) Les métrites cervicales chroniques sont des états précancéreux ; il faudra s'attacher à détruire complètement la muqueuse malade par des cautérisations au Filhos, ou par la diathermo-coagulation ; le même but sera atteint par l'évidement du col, à titre préventif aussi bien que curatif.

c) Pour les fibromes, la simple extirpation de la tumeur suffira à en prévenir la récidive.

d) Enfin, pour les cas rebelles ou les lésions trop avancées, on songera à pratiquer l'extirpation du moignon, mais cette opération est souvent difficile et on ne la tentera qu'en dernier ressort.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 novembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Burckhard (G.). — « Le moignon cervical chez la lapine », Zeitsch f. Geburtsh. u. Gynâkol., LVIII, 1, in *Semaine médicale*, 1906, p. 545.

Chosson (J.). — « Avantages de la diathermo-coagulation », *Bull. mém. Soc. Obst. gyn.*, Paris, 1933, p. 207.

Cleland (F. A.). — « Report of case of a large mucocele of the cervix », *Am. J. of. Obst. and Gyn., Chicago*, 1925, t. IX, p. 349.

Cleuet. — « Importance du traitement du moignon cervical », *Bull. et Mém. Soc. obst. et de gyn., Paris*, 1927, p. 513.

Davis et **Cusick**. — « Etude critique de 335 hystérectomies », *Am. J. of. Obst. and Gyn.*, 1930, t. XIX, p. 246-254.

Desmarest. — « Procédé pour l'ablation systématique de toute la muqueuse du canal intracervical », *Journ. Chirurgie*, 1927, t. XXIX, p. 409.

Dor (J.). — « Cancer du col restant », *Marseille médical*, 1932, t. II, p. 628.

Douay (E.). — « Métrite du col (traitement) », *Gyn. et Obst.*, 1921, t. IV, p. 135.

Duvergey. — « Moignon cervical douloureux après hystérectomie subtotale », *Bull. Mém. Soc. Obst. et Gyn., Paris*, 1922, p. 117.

Forgue (E.) et **Massabuau** (F.). — *Traité de gynécologie* (in Le Dentu et Delbet : *Nouveau Traité de chirurgie*, 1927.

Gignoux (F.) et **Pollosson**. — « Des accidents du moignon cervical », *Lyon chir.*, 1925, t. XXII, p. 330-338.

Giles (A. E.). — « Large fibroïd of cervix », *Proc. Roy. Soc. of Medecine London*, 1922-23, t. XVI, obst. 12.

Guillemin. — « Traitement des métrites cervicales », *Bull. mém. Soc. obst. gyn.*, Paris, 1927, p. 26.

Guilleminet et **Pollosson**. — « Extirpation d'un moignon d'hystérectomie », *Lyon médical*, 1925, t. II, p. 630.

Lecène. — « Remarques sur le procédé de Desmarest », *Journ. chir.*, 1927, t. XXIX, p. 513.

Loute. — « « Excision systématique du canal intracervical », *Bruxelles médical*, 1930, t. X, p. 1401-1405.

Merillat. — « Moignon cervical chez les chiennes hystérectomisées », *North. Am. Vet.* 1930, t. XI, p. 45-48.

Michon. — *Les polypes muqueux de l'utérus*, thèse Lyon, 1922-23.
Montel. — *Cervicite chronique et cancer du col*, thèse Lyon, 1928-29.
Montillier. — *Contribution à l'étude des accidents imputables au moignon cervical*, thèse Bordeaux, 1921-22.
Phaneuf et **Belson**. — « 303 hystérectomies » , *Am. J. of. Obst. and Gyn.*, 1933, t. XXV.
Pollosson. — « Métrite proliférante du col après subtotale », *Lyon Chir.*, 1930, p. 701.
Reder (Fr.). — « Lesions of the cervical stump », *Am. J. Obst. Gyn. St-Louis*, 1924, t. VII, p. 173-177.
Riotte. — « Hémorragies répétées du moignon cervical », *Bull. Mém. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 1924, p. 709.
Samuels et Edlavitch. — « 303 hystérectomies », *Am. J. of Obst. Gyn.*, 1933, t. XXV.
Sorel. — « Récidive de fibrome », *Bull. Soc. chir. Lyon*, 1908.
Vanderzypen. — « Evidement systématique du col », *Rev. fr. gyn. obst.*, 1929, t. XXIV, p. 700-709.
Vila et **Etcheverry**. — « Fibrome post-opératoire », *Bol. Soc. Obst. y Ginec.*, 1928, t. VII, p. 518-522.